別紙様式１

病床機能分化・連携推進基盤整備事業　事業計画書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院名 |  | | |
| 担当部署 |  | 電話 |  |
| 担当者職・氏名 |  | e-mail |  |

１　病床転換（事業縮小）計画

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 転換（事業縮小）前（合計病床数［　　　］床） | | | 転換（事業縮小）後（合計病床数［　　　］床） | | |
| 病床の機能 | 入院基本料・特定入院料 | 病床数 | 病床の機能 | 入院基本料・特定入院料 | 病床数 |
| 高度急性期 |  |  | 高度急性期 |  |  |
| 急性期 |  |  | 急性期 |  |  |
| 回復期 |  |  | 回復期 |  |  |
| 慢性期 |  |  | 慢性期 |  |  |

※転換（事業縮小）しない病床も含め，病床機能ごとの入院基本料・特定入院料及び対応する病床数を全て記載してください。

※病床数については，病床機能報告に準じて記載してください。

２　医学的リハビリテーション施設整備計画

|  |  |
| --- | --- |
| 整備する施設 |  |
| 面積 |  |
| 届出（予定）リハビリテーション料 |  |

※整備する施設の種別（機能訓練室，水治療室等），面積及び届出を（予定）しているリハビリテーション料を記載してください。

３　建設工事について

|  |  |
| --- | --- |
| 実施の有無 | □有　　□無 |
| 事業種別 | □新築　□増改築　　□改修 |
| 事業期間 | 着工：　　年　　月　　日　～　竣工：　　年　　月　　日 |

※実施する場合、別紙様式１－（１）も併せて提出して下さい。

４　機器購入について

|  |  |
| --- | --- |
| 実施の有無 | □有　　□無 |
| 事業実施時期 | 年　　　月頃 |

※実施する場合、別紙様式１―（２）も併せて提出して下さい。

５　特別損失について　※急性期病床の削減に伴い補助申請する場合のみ記載

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金額 | 円 | 算出内訳 |
| 事業実施時期 | 年　　　月頃 |

６　退職金の割増相当額について　※急性期病床の削減に伴い補助申請する場合のみ記載

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金額 | 円 | 算出内訳 |
| 事業実施時期 | 年　　　月頃 |

７　事業の必要性

|  |
| --- |
| ※地域・病院の現状や課題を踏まえた上で、事業を実施する必要性を記載して下さい。 |